

Risikovorfrage

Private Krankenversicherung



Fax : 0221 - 430 966 22
 Email : angebot@kvwerk.de

Vermittler	Versicherungswunsch	
Nachname/Vorname <input type="text"/> Vermittlernummer <input type="text"/> Email-Adresse <input type="text"/> Telefonnummer <input type="text"/>	Versicherungsbeginn <input type="text"/> Selbstbeteiligung pro Jahr <input type="checkbox"/> 0 Euro <input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 600 Euro <input type="checkbox"/> 1200 Euro <input type="checkbox"/> Maximale SB Stationäre Unterbringung <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer mit Stationsarzt <input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1 oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt	
Kundendaten	Weitere Tarifleistung	
Nachname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Kundennummer <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere In Deutschland seit: <input type="text"/> Beruf Berufliche Tätigkeit <input type="text"/> Tätigkeitsstatus <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter Land Beihilfesatz: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Beamter Bund Beihilfeland: <input type="text"/> Vorversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert	Zahnerstattung bis <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% Ohne Primärarztprinzip (Hausarzt) - freie Facharztwahl <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Leistungen über die GÖA (3,5 facher Satz) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Krankentagegeld <input type="text"/> Euro ab dem <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Euro ab dem <input type="text"/> Tag Krankenhaustagegeld <input type="text"/> Euro Beitragsentlastung im Rentenalter <input type="text"/> Euro pro Monat Besondere Wünsche <input type="text"/>	
Wunschgesellschaft (inkl. Tarife)		
Gesellschaft	Tarif(e)	Bemerkung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Risikovorfrage

Private Krankenversicherung



Fax : 0221 - 430 966 22
 Email : angebot@kvwerk.de

Gesundheitsfragen	Person 1	Welcher Abfragezeitraum soll berücksichtigt werden?
1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	
2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei R+V die letzten 10 Jahre; bei Allianz, DKV, DRK und SIGNAL für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ambulante Operationen <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre
4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei HALLESCHER und R+V die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre
5. Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei DRK und SIGNAL einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt? (bei Allianz, AXA, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur und Münchener Verein die letzten 5 Jahre; bei ARAG, Barmenia, BK, DRK, HALLESCHER, Inter, Nürnberger, R+V, SIGNAL und UKV die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 5 Jahre amb. <input type="checkbox"/> 5 Jahre stat. <input type="checkbox"/> 10 Jahre amb. <input type="checkbox"/> 10 Jahre stat.
6. Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn »ja«, wieviel Dioptrien (links/rechts)? (nicht erforderlich bei Allianz und HanseMerkur)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	Frage nicht beantworten
7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (bei ARAG, Barmenia, Continentale, DRK, Inter, R+V und SIGNAL ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulant) die letzten 3 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> unbegrenzt Frage nicht beantworten
8. Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Waffenbeschädigungen oder sonstige Schädigungsfolgen, g) nur bei BK, Gothaer und UKV: Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
9. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen oder besteht/bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei DRK und SIGNAL die letzten 10 Jahre; bei HanseMerkur und R+V zeitlich unbegrenzt)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> unbegrenzt
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
11. Wurden Sie wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt? (nur zu beantworten bei Münchener Verein die letzten 5 Jahre; bei BK, UKV die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre Frage nicht beantworten
12.1 Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein)	<input type="checkbox"/> keine Anzahl <input type="text"/>	
12.2 Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbisschiene getragen? Oder besteht eine Zahnbettlerkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (zu beantworten bei Allianz, HALLESCHER, Inter, Münchener Verein und Nürnberger; bei DRK, Gothaer MediVita-Z und SIGNAL älter 5 Jahre, bei BK und UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz; bei DRK und SIGNAL ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre ist Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben)	Anzahl <input type="text"/>	Frage nicht beantworten
12.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)? (nicht erforderlich bei Allianz)	Monat/ Jahr <input type="text"/>	Frage nicht beantworten
12.5 Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben? (nur bei Münchener Verein zu beantworten, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben)	Monat/ Jahr <input type="text"/>	Frage nicht beantworten

Risikovorfrage

Private Krankenversicherung



Fax : 0221 - 430 966 22
Email : angebot@kvwerk.de

Genauere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen 2 bis 12

Bitte machen Sie genauere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen.

Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/ nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.)

Ärztliche Dokumente liegen bei?

Nein Ja

Selbstauskünfte liegen bei?

Nein Ja

Eine große Auswahl an Selbstauskünften finden Sie im MVP bei Spezialrisiken/KV/Selbstauskünfte.

Bemerkung

Selektion Versicherer



Fax : 0221 - 430 966 22
Email : angebot@kvwerk.de

Details

1. Die durchgestrichenen Versicherer werden aufgrund unpassender Gesundheitsfragen oder zu ausgedehnter Abfragezeiträume nicht bei der Risikoprüfung durch die KV Werk GmbH berücksichtigt.
2. Bitte beachten Sie, dass bei Gesundheitsfragen und Abfragezeiträumen oft Sondervereinbarungen mit den Gesellschaften zugunsten unserer Makler und deren Kunden ausgehandelt wurden. Bei sehr vielen Versicherern gelten normalerweise strengere Gesundheitsfragen oder erweiterte Abfragezeiträume.
- 3a. Das KV Werk wird anhand der abgefragten Leistungswünsche bei den Versicherern anfragen, die unter Berücksichtigung der Gesundheitsangaben unseren Erfahrungen nach voraussichtlich die besten Angebote unterbreiten werden.
- 3b. Darüber hinaus besteht für Sie die Möglichkeit uns Gesellschaften vorzugeben, bei denen in jedem Fall angefragt werden soll, sofern diese nicht im Vorfeld der Selektion ausgeschlossen wurden.
4. Bei den mit * gekennzeichneten Versicherern ist nach der DSGVO eine aufgefüllte und unterzeichnete Einwilligungserklärung des Kunden zur Risikovorabfrage nötig. Diese finden Sie im MVP bei Spezialrisiken/KV/Risikovorabfragen - Einwilligungserklärungen DSGVO.

Wo soll angefragt werden?	Versicherer	Wunscharife
<input type="checkbox"/>	Allianz Private Krankenversicherungs-AG *	
<input type="checkbox"/>	ARAG Krankenversicherungs AG *	
<input type="checkbox"/>	AXA Krankenversicherung AG	
<input type="checkbox"/>	Barmenia Krankenversicherung a.G.	
<input type="checkbox"/>	Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	
<input type="checkbox"/>	Continentale Krankenversicherung a.G. *	
<input type="checkbox"/>	DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. (DRK)	
<input type="checkbox"/>	DKV Deutsche Krankenversicherung AG *	
<input type="checkbox"/>	GOTHAER Krankenversicherung AG *	
<input type="checkbox"/>	HALLESCHE Krankenversicherung a. G. *	
<input type="checkbox"/>	HanseMercur Krankenversicherung AG	
<input type="checkbox"/>	Inter Krankenversicherung a.G.	
<input type="checkbox"/>	Münchener Verein Krankenversicherung a.G	
<input type="checkbox"/>	NÜRNBERGER Krankenversicherung AG *	
<input type="checkbox"/>	SIGNAL Krankenversicherung a.G.	
<input type="checkbox"/>	Union Krankenversicherung AG (UKV)	
<input type="checkbox"/>	uniVersa Krankenversicherung a.G. *	

Erklärung

Der Makler bestätigt hiermit, dass eine Vollmacht des Kunden vorliegt, die es ihm und dem KV Werk gestattet, die persönlichen Daten und Gesundheitsangaben an Partner und Versicherer weiterzuleiten, um passende Angebote für eine Private Krankenversicherungen zu erhalten. Sofern der Kunde diese Erklärung eigenhändig unterzeichnet, ist eine Vollmacht nicht erforderlich und er erteilt dem KV Werk somit die zuvor genannten Befugnisse.

Ort/Datum/Unterschrift Makler

Ort/Datum/Unterschrift Kunde (optional)